

N° 34

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

DES

NÉPHRITES UNILATÉRALES

CONSÉCUTIVES

Aux Inflammations des Organes pelviens chez la Femme

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1908

PAR

Jean BAROZZI

Né à Bourgas (Roumélie-Orientale), le 4/16 Octobre 1879

Examineurs de la Thèse :	{	MM. POUSSON	professeur adj. <i>Président.</i>
		VERGELY	professeur.....
		LAGRANGE	agrégé.....
		GUYOT	agrégé.....

Juges.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — E. TRÉNIT

91, Rue Porte-Dijaux, 91

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

N° 34

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

DES

NÉPHRITES UNILATÉRALES

CONSÉCUTIVES

Aux Inflammations des Organes pelviens chez la Femme

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

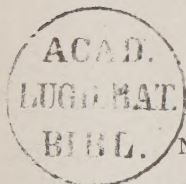
Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1908

PAR

Jean BAROZZI

Né à Bourgas (Roumélie-Orientale), le 4/16 Octobre 1879



Examineurs de la Thèse :	MM. POUSSON	professeur adj.	Président.
	VERGELY	professeur....	Juges.
	LAGRANGE	agrégé.....	
	GUYOT	agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — E. TRÉNIT

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY.....	}	Professeurs honoraires.
MASSE.....		
	MM.	
Clinique interne.....	{	PICOT.
		PITRES.
Clinique externe.....	{	DEMONS.
		LANELONGUE.
Pathologie et thérapie générales.....		VERGELY.
Thérapeutique.....		ARNOZAN.
Médecine opératoire.		VILLAR.
Clinique d'accouche- ments.....		LEFOUR.
Anatomie pathologi- que.....		COÛNE.
Anatomie.....		GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie.....		VIAULT.
Physiologie.....		JOLYET.
Hygiène.....		LAYET.
Médecine légale.....		L. LANDE.
Physique biologique et électricité médicale		BERGONIE.
	MM.	
		Chimie..... BLAREZ.
		Histoire naturelle... GUILLAUD.
		Pharmacie..... DUPOUY.
		Matière médicale... DE NABIAS.
		Médecine expérimen- tale..... FERRÉ.
		Clinique ophtalmolo- gique..... BADAL.
		Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie..... DENUCÉ.
		Clinique gynécologique BOURSIER.
		Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS.
		Chimie biologique... DENIGES.
		Physique pharmaceu- tique..... SIGALAS.
		Pathologie exotique. LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements. {	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle. {	BEILLE.
			MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR HENRI BAROZZI

ET

A MON BEAU-FRÈRE JEAN THOMAIÈS

PHARMACIEN

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma reconnaissance
infinie.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR A. POUSSON

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, je veux que les premières lignes de ma thèse de doctorat acquittent la dette de gratitude que j'ai contractée envers la France et envers mes maîtres.

C'est à Beyrouth que j'ai eu la bonne fortune de me trouver pour la première fois en face d'un des professeurs de cette Université, M. le professeur P. Vergely, qui y présidait le jury d'examen. J'ai trouvé auprès de lui les premiers encouragements et les conseils que, dès le premier jour où je l'ai connu jusqu'à la fin de mes études de médecine, il ne m'a jamais refusés. C'est lui qui m'a décidé à venir à Bordeaux, c'est à lui, d'abord, que je suis redevable de ce que j'ai pu acquérir ici ; qu'il me soit permis de le remercier le premier.

En arrivant en France, je n'ai sans doute pas retrouvé le beau ciel d'Orient, mais, en revanche, j'y ai apprécié la largeur de l'hospitalité française ; la généreuse bienveillance des maîtres de l'Université pour le disciple, l'empressement discret et touchant de toutes les personnes avec lesquelles je me suis trouvé en rapport, ont effacé dans mon cœur le regret de la patrie absente. La France est ainsi devenue pour moi une seconde mère. Il me sera pourtant permis, à la veille de ma naturalisation, de protester que jamais je n'oublierai ma patrie première où sont les cendres des miens.

M. le professeur Pousson fut, à Bordeaux, mon premier et mon dernier maître. Je ne saurais dire tout ce que je lui dois. C'est dans son service, sous ses yeux, que je me suis initié à

la pratique chirurgicale ; c'est lui qui m'a vraiment donné la passion de mon métier. Je lui dois, en particulier, le choix de mon sujet de thèse. Il m'a dirigé dans mes recherches, il m'a épargné beaucoup de ces erreurs dans lesquelles tombent si facilement les débutants ; il m'a fait enfin le grand honneur d'accepter la présidence de mon jury. Qu'il reçoive ici l'hommage de ma respectueuse gratitude.

Je remercie enfin tous mes maîtres de l'hôpital et de la Faculté : ceux dans les services desquels j'ai passé (MM. Rondot, Sabrazès, Pitres, Demons, Badal et Lefour), et ceux qui, en dehors des cours et des cliniques, m'ont continué leur direction bienveillante ; qu'il me soit permis de nommer parmi eux MM. Ferré, Abadie, Chavannaz et Bégouin, et, en premier rang, M. le professeur Villar et M. le docteur Michel.

Ce dernier m'a accueilli et conservé, pendant de longs mois, comme assistant de ses consultations à la Clinique Pasteur. J'ai retrouvé auprès de lui, et c'est tout dire, l'enseignement et la pratique de M. le professeur Pousson.

Quant à M. le professeur Villar, qui m'a, lui aussi, pris comme aide de ses opérations, qui m'a fait pénétrer dans sa Maison de Santé particulière, et qui m'a permis d'admirer ainsi sa science éminente et sa virtuosité opératoire, qu'il me permette de l'assurer que je lui sais moins de gré encore de l'expérience que je lui dois que de l'amitié qu'il m'a témoignée, si le plus modeste des élèves peut jamais être autorisé à se dire l'ami d'un tel maître. La reconnaissance toute particulière que je lui garderai toujours m'a suggéré, à l'heure où j'acquitte un devoir de piété, de le mentionner le dernier.

DES

NÉPHRITES UNILATÉRALES

CONSÉCUTIVES

Aux Inflammations des Organes pelviens chez la Femme

INTRODUCTION

M. le professeur Pousson a bien voulu nous confier comme sujet de notre thèse inaugurale : *Des néphrites unilatérales consécutives aux inflammations des organes pelviens chez la femme.*

Cette question, pour être récente, nous paraît d'une telle importance que nous espérons voir d'autres plus compétents que nous s'en occuper.

La fréquence, relativement grande, de l'unilatéralité de néphrite chronique chez la femme et l'intimité des rapports qui existe entre les organes génitaux interne et les voies d'excrétion urinaire, ne reconnaissent d'autre cause que le retentissement de certaines affections pelviennes sur le rein.

En effet, dans son trajet pelvien, l'uretère côtoie, plus ou moins directement, plusieurs organes dont les lésions peuvent retentir sur lui; chez la femme, la base des ligaments larges avec les différents vaisseaux utérins, le col utérin lui-même, le péritoine pelvien, sont autant de rapports d'où peuvent résulter, à l'état pathologique, des conséquences fâcheuses pour l'uretère et par conséquent pour le rein.

Il existe, chez la femme, un nombre de néphrites unilatérales dont l'étiologie est généralement méconnue, et qui se rattachent à quelque affection inflammatoire de l'appareil génital.

Si la fréquence et la persistance des lésions vésicales d'origine blennorrhagique est, chez l'homme, la cause prépondérante des inflammations ascendantes vers le rein, chez la femme ce sont les lésions de l'appareil génital interne qui jouent le premier rôle étiologique.

Israël donne comme étiologie de la pyo-néphrose chez les femmes, le mariage. Un certain nombre de ses opérées, pour lésion rénale, avaient été traitées par des gynécologues longtemps avant le développement de la lésion.

Nous tâcherons de démontrer, grâce aux expériences qui ont été faites et aux faits cliniques, que la néphrite unilatérale existe; exposant les rapports anatomiques de l'uretère avec les organes génitaux de la femme, nous démontrerons que cette néphrite peut être occasionnée par une affection pelvienne, comme nous le font croire les faits cliniques et les observations de Edebohls que nous citerons, et nous terminerons, tout en faisant une légère mention sur l'appendicite, par une critique générale sur la question et les conclusions qui en résultent.

Malheureusement, nous ne citerons que des observations de Edebohls, n'ayant pas d'observation personnelle, la question étant tout à fait moderne.

Ceci dit, voici le plan de notre travail divisé en cinq chapitres :

CHAPITRE I. — Historique des faits expérimentaux et cliniques démontrant l'existence d'une néphrite unilatérale.

CHAPITRE II. — Comment peuvent se concevoir les inflammations unilatérales produites par une affection des organes pelviens chez la femme.

CHAPITRE III. — Faits cliniques démontrant l'existence d'une néphrite unilatérale consécutive à une affection pelvienne et à l'appendicite.

CHAPITRE IV. — Observations.

CHAPITRE V. — Critique générale et conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique des faits expérimentaux et cliniques, démontrant l'existence d'une néphrite unilatérale.

La notion de néphrite unilatérale est tout à fait moderne, Depuis Bright jusqu'à ces dernières années, on n'entendait par néphrite que des lésions localisées dans les deux reins et manifestées par les signes cliniques suivants : albuminurie, diminution de la quantité de l'urée, présence des cylindres dans les urines, hypertrophie cardiaque, hypertension artérielle. Mais ces dernières années, d'une part les expériences, de l'autre les faits cliniques, sont venus nous démontrer qu'en dehors des néphrites bilatérales, il existe certaines néphrites absolument unilatérales qui présentent les mêmes signes cliniques et dont l'étiologie est méconnue. Cette unilatéralité ne peut plus faire de doute pour personne.

Expérimentalement, cette question a été étudiée par Castaigne et Rathéry, dans un travail paru le 20 août 1902, dans la *Semaine Médicale*, sous le titre : *Néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein*.

Les auteurs se sont proposé de résoudre quatre questions :

I. — Existe-t-il des néphrites aiguës ou subaiguës unilatérales ?

Les constatations anatomiques et les résultats expérimentaux répondent à cette question.

Les néphrites ascendantes peuvent être primitivement unilatérales, comme le prouve la statistique de Goodhardt qui, en 1874, sur 130 cas de pyélonéphrites reconnues à l'autopsie, a trouvé des lésions d'un seul rein dans la proportion de 14,5 %. En 1894, R. Weir, en se basant sur 71 cas, analogues a élevé ce chiffre à 17 %.

Les *lésions rénales suppuratives* dues à l'infection sanguine peuvent, elles aussi, être *unilatérales*. Castaigne et Rathéry en ont observé 3 cas : un dans la fièvre typhoïde, un dans la pneumonie, un dans l'ostéomyélite. Par contre, ils n'ont vu aucun cas de néphrite *toxique* qui fut bilatérale, le degré des lésions sur les deux reins étant le même, que celles-ci fussent peu intenses ou très marquées.

L'expérimentation leur a donné des résultats identiques qui viennent confirmer ceux d'Albarran, Jacobelli, etc.

Il y a peut être lieu de faire des réserves au sujet des néphrites toxiques dues à l'infection ou à l'intoxication. La nocuité toute particulière des principes toxiques exige leur élimination rapide par le rein. Dans ces conditions si, comme le dit Frenkel, l'influx nerveux commande un fonctionnement des deux reins plutôt alternatif que simultané, l'intensité de la sécrétion peut être, à certains moments, inégale dans les deux reins : des périodes d'activité d'un des reins coïncideraient avec le repos relatif ou absolu de l'autre. Ce phénomène invoqué pour expliquer la pathogénie des néphrites parcellaires, où une partie de la glande rénale est seule lésée, ne pourrait-il pas s'étendre à tout un rein ? Si la réponse est affirmative pour certains cas pathologiques, on voit que les lésions des reins peuvent être unilatérales même dans les cas de néphrites toxiques.

II. — La deuxième question que Castaigne et Rathéry se posent est celle-ci : Les lésions d'un seul rein entraînent-elles des troubles fonctionnels de l'autre rein ?

Ils la résolvent par l'affirmative.

Les faits qui leur servent de point d'appui sont nombreux.

C'est d'abord *l'anurie calculeuse* étudiée par Gayon, Tuffier et Albarran, qui ont constaté dans un certain nombre de cas, un seul uretère oblitéré, alors que l'autre rein n'était que peu lésé.

De même *l'oligurie* ou *l'anurie*, suite de la contusion rénale, de l'hydronéphrose intermittente unilatérale.

Les *troubles chimiques* dans la sécrétion de l'urine, constatés par Albarran dans le cancer unilatéral du rein tiennent au retentissement du rein malade, sur le rein sain ou peu lésé.

Le professeur Pousson a mis en évidence les troubles fonctionnels de l'autre rein dans le cas de *néphrite suppurée* et de pyonéphrose unilatérale.

III. — L'altération d'un seul rein peut-elle entraîner secondairement des lésions de l'autre rein ?

Les expériences bien connues d'Albarran, Israël, etc., prouvent que les lésions *septiques* ou *aseptiques*, produites sur un rein, se répercutent sur l'autre.

Castaigne et Rathéry ont fait sur une série de soixante lapins des ligatures unilatérales de l'artère rénale, de l'uretère ou de tout le pédicule de l'organe. Un grand nombre de ces lapins succombèrent avec les signes de l'urémie nerveuse.

L'examen des reins de tous ces lapins en expérience montra que les reins n'ayant pas subi l'opération, présentaient des lésions épithéliales plus ou moins avancées.

Cliniquement on a pu observer les faits suivants :

Chez des malades atteints d'une pyélonéphrite opérée par néphrotomie dès le début de l'infection rénale, on remarque parfois que le cours des urines éliminées par la vessie, c'est-à-dire provenant du rein sain, se rétablit d'une façon normale tant que le drain enfoncé dans la plaie rénale ramène du pus mélangé à de l'urine. L'état infectieux se calme, le patient semble guéri ; on retire le drain et il arrive que bientôt le taux urinaire diminue, le malade peut même présenter des symptômes d'urémie auxquels il succombe.

Il semble évident pour Castaigne et Rathéry que les lésions épithéliales du rein qu'ils ont constatées, en deux cas semblables, du côté opposé à la pyélonéphrite, reconnaissent pour point de départ le rein primitivement lésé. La preuve en est donnée par ce fait, que si, au moment où le taux de l'élimination ordinaire fléchit, on pratique la néphrectomie avant d'attendre l'apparition de l'urémie, on voit les accidents diminuer progressivement pour disparaître. Un cas du professeur Pousson, un autre de Tuffier et de nombreux autres cas analogues ne peuvent être interprétés d'autre façon.

Tous ces faits, d'accord avec l'expérimentation, semblent démontrer qu'on peut bien admettre qu'une lésion unilatérale d'un rein peut entraîner non seulement des troubles fonctionnels, mais aussi des altérations matérielles de l'autre rein.

IV. — Comment les lésions d'un rein agissent-elles sur l'autre ?

Castaigne et Rathéry étendent l'action du réflexe réno-rénal de Guyon, bien établie pour les cas d'oligurie et d'anurie survenant à la suite d'une lésion mécanique ou chronique d'un seul rein, à tous les cas où les troubles de la sécrétion rénale s'établissent d'une manière rapide, presque subite.

La résorption des microbes ou de leurs toxines au niveau du rein primitivement lésé, est une des causes des lésions de l'autre rein.

Ces deux auteurs relèvent les cas expérimentaux où le microbe injecté dans un uretère et résorbé par la circulation détermine des lésions suppuratives de l'autre rein. Ils font intervenir comme facteur principal le fait que les produits résorbés au niveau du rein malade ont une action pathogène élective sur l'autre, parce que ces produits contiennent les déchets des épithéliums du rein, qui, à eux seuls, ont une

action toxique et élective sur le rein, ainsi que le prouvent leurs expériences avec le sérum néphrotoxique.

Des lapins, après injection de cette substance, ont présenté des accidents toxiques, une albuminurie notable, un amaigrissement progressif et la mort dans l'intervalle de quelques jours.

A ces données expérimentales, viennent se joindre, pour démontrer l'influence qu'un rein malade peut exercer sur la santé de son congénère, certaines observations que le professeur Pousson a rapportées dans un travail paru dans le *Bulletin médical*, en octobre 1900.

Se basant sur des expériences antérieures et sur des faits cliniques, le professeur Pousson confirme l'hypothèse de l'existence d'une *néphrite sympathique*, analogue à l'ophtalmie sympathique, et en conclut les conséquences pratiques qui en découleraient. Non seulement les interventions chirurgicales hâtives, par la néphrotomie et la néphrectomie, dans les affections chirurgicales et médicales d'un rein, deviendraient la règle pour prévenir les lésions secondaires de l'autre, mais elles s'imposeraient pour enrayer ces lésions débütantes. Et il cite les résultats que la néphrectomie a fournis à M. Sabatier et à lui-même dans deux cas où une néphrite unilatérale influençait le fonctionnement de l'autre rein et avait peut-être même déterminé des altérations anatomiques de son parenchyme.

Castaigne et Rathéry ont étudié les néphrites unilatérales aiguës ou subaiguës, sans étendre cette étude au cas de *néphrites chroniques* ou mal de Bright.

Ces deux termes, néphrite aiguë et néphrite chronique, sont très souvent employés en médecine l'un pour l'autre. Tout le monde s'entend lorsqu'on a affaire au mal de Bright tel qu'il est décrit dans les classiques, avec ses principaux signes : la polyurie, l'albuminurie, les cylindres, l'hypertension artérielle, le bruit de galop, l'hypertrophie cardiaque. Mais souvent on ne trouve guère que quelques-uns de ces signes, avec d'autres petits signes, dont la prolongation fait

dire qu'il s'agit d'une *néphrite chronique*. La lésion rénale reste localisée et ne s'exteriorise pas par son retentissement sur le système cardio-vasculaire (Mouisset).

C'est dans des cas semblables qu'ont été observés un grand nombre de *néphrites* douloureuses, hématuriques ou non, avec albumine et cylindres dans l'urine.

Le professeur Pousson a bien étudié dans un travail (*Province médicale*, juillet 1906) les *néphrites chroniques douloureuses*. Les lésions trouvées sont tantôt localisées à une petite portion du rein, tantôt elles s'étendent à une plus grande portion de la glande.

Ce qui précède et ce que disent Castaigne et Rathéry au sujet des *néphrites aiguës* et *subaiguës unilatérales*, permet de conclure à l'existence de *néphrites chroniques unilatérales*, qu'elles s'établissent d'après un processus aigu ou soit qu'elles évoluent d'une façon chronique. On voit ainsi que la bilatéralité du mal de Bright ne peut être admise comme un dogme intangible, au moins pour ses débuts. Du reste n'est-il pas fréquent de trouver chez les *brightiques* un des reins beaucoup plus lésé que l'autre ? Et ne peut-on pas admettre dans ces cas que les lésions du rein moins malade sont consécutives et plus récentes ?

L'existence des troubles comparativement bénins de santé, que cette maladie occasionne quelquefois, explique l'unilatéralité des *néphrites chroniques*. Le rein sain accomplit simplement le travail éliminatif de deux reins et les symptômes toxémiques de l'urémie ne sont pas manifestés. Les malades de *néphrite unilatérale* sont à valeur égale à ceux dont un rein fut enlevé. Graduellement cependant, la perte continue d'albumine par le rein malade donne et reporte l'état général de santé et conduit, malgré que dans beaucoup de cas cela n'arrive qu'après plusieurs années, à une issue fatale. Vers la fin, l'autre rein devient malade, ce qui explique ainsi la très grande prépondérance des lésions bilatérales sur unilatérales dans les *néphrites chroniques*, qui furent trouvées à l'autopsie.

La néphrite chronique, comme toute chose, doit avoir un commencement, qu'elle fasse des progrès décisifs d'un seul rein avant d'attaquer l'autre, Edebohls lui-même, avec les autres chirurgiens, le considère comme prouvé.

Il reste d'ores et déjà établi par les expériences et par la clinique qu'il existe des néphrites chroniques incontestablement localisées sur un seul rein.

Les professeurs Israël, Pousson, Roswig ont rencontré des cas où l'unilatéralité des lésions rénales chroniques est incontestable.

Cette unilatéralité a été admise par les médecins comme Sénator et Klemperer qui dit :

« L'inflammation rénale simple n'est pas forcément localisée, mais il faut pourtant savoir que la néphrite chronique n'est pas toujours bilatérale. » (Soc. de méd. de Berlin, janvier 1902.)

Et lorsque pendant l'intervention on a pu constater *de visu* cette unilatéralité, en même temps que les suites de la clinique viennent la confirmer, il nous semble que cette unilatéralité ne doit plus faire l'ombre d'un doute et doit être admise dans une large mesure.

CHAPITRE II

Comment peuvent se concevoir les inflammations unilatérales, produites par une affection des organes pelviens, chez la femme.

L'étude des rapports qui existent entre l'uretère et les organes génitaux de la femme, et les travaux d'expérimentation d'Albarran, suffisent pour nous le démontrer.

Les différentes lésions doivent être attribuées à l'élimination par le rein des toxines microbiennes et aux infections secondaires déterminées par d'autres micro-organismes.

Artaud, en étudiant les lésions rénales produites par la compression des uretères dans le cancer de l'utérus, compare les altérations anatomiques à celles produites chez les animaux par la ligature de l'uretère; elles en diffèrent en ce qu'à l'élément mécanique est venu s'ajouter l'inflammation. Il en résulte une néphrite diffuse à marche rapide, caractérisée par la dilatation et l'atrophie graisseuse de l'épithélium des tubes contournés, par l'infiltration nucléaire péri-tubulaire; puis dans la suite par l'organisation scléreuse du tissu conjonctif néoformé, par l'aplatissement des tubes et la sclérose glomérulaire.

Cornil et Brault étudient les altérations que le rein subit à la suite de la compression ou de l'obstruction des uretères. Ils distinguent trois ordres de lésions :

1^o Compression de l'uretère sans retentissement inflammatoire;

2^o Compression de l'uretère accompagnée de phénomènes inflammatoires, caractérisée au début par la dilatation des tubes, et plus tard par la production d'une néphrite interstitielle disséminée, avec atrophie de l'organe.

3^o Compression de l'uretère avec suppuration consécutive.

Après ce travail viennent les expériences d'Albarran, qui réussit à déterminer des lésions rénales ascendantes, soit en liant l'uretère, c'est-à-dire en provoquant une rétention rénale, soit en injectant dans l'uretère des différentes cultures.

A l'autopsie des lapins servis à ces expériences, il trouva des lésions de sclérose. C'est ainsi qu'en injectant une culture peu virulente de la bactérie pyogène, Albarran a vu un lapin survivre assez longtemps pour n'être sacrifié que le seizième jour. Chez lui, l'infection était restée localisée au rein dont l'uretère avait été lié. Dans le bassin et dans le rein il existait encore un certain nombre de bactéries décelées par la culture.

Le rein, de couleur rosée, présentait un volume normal, et à la coupe on voyait qu'il formait une coque épaisse de 8 millimètres distendue par le liquide puriforme qui baignait le bassin. Il n'existait plus trace des papilles, et dans la substance rose du rein, on ne distinguait plus que très difficilement la portion corticale. Il n'existait pas, dans ce rein, de traînées purulentes, mais à la surface on voyait un petit abcès miliaire à pus caséux.

Les parois épaissies du bassin et des calices étaient tapissées par une épaisse fausse membrane adhérente de couleur grise.

A l'examen microscopique, ce rein présentait des lésions scléreuses : prolifération du tissu conjonctif, infiltration embryonnaire en foyers, cylindres tubulaires, organisation fibreuse du tissu embryonnaire. Assurément, il y a eu à un

moment donné des foyers, suppurés, mais, au moment de la mort, ils étaient guéris et la sclérose prédominait.

M. Albarran, en rapprochant certaines observations et le résultat de ses expériences, admet que la sclérose rénale est provoquée par les micro-organismes.

Il n'y a, en somme, rien, dit-il, qui doive nous choquer dans cette idée de sclérose microbienne. Ne voit-on pas du tissu fibreux dans les vieux tubercules anatomiques? N'en existe-t-il pas dans le rhino-sclérome, dans les tubercules bacillaires fibreux, et ces lésions ne sont-elles pas admises comme produit de l'action des microbes? Pourquoi ne pas admettre que des lésions analogues succèdent à des causes du même ordre quand il s'agit du même tissu conjonctif!

On a dit que la sclérose rénale est due à l'irritation conjonctive occasionnée par l'urine sortie par transudation des canalicules, mais cette hypothèse est insoutenable, car, dans les oblitérations aseptiques, la même transudation existe et les lésions diffèrent.

Et comment expliquer, dans cette hypothèse, l'existence des foyers embryonnaires, qui, on le sait, en pathologie générale, sont la marque d'une irritation localisée? Est-il possible d'admettre une localisation pour la transudation de l'urine?

Avec la théorie microbienne, on se rend bien compte de ces foyers et on comprend encore que les substances solubles sécrétées par les organismes, dissoutes dans l'urine, aillent produire, loin du foyer principal, une irritation moins vive. On comprend encore que les microbes acquérant une virulence supérieure, se trouvant en plus grande quantité, ou une nouvelle espèce d'organismes intervenant dans le processus, la néphrite scléreuse se trouve transformée en néphrite suppurée. Les foyers embryonnaires de la sclérose ne sont que des abcès avortés; les phagocytes ont détruit les microbes et le tissu embryonnaire peut s'organiser en tissu adulte.

C'est ainsi, conclut M. Albarran, que l'étude anatomique

nous donne la raison des poussées aiguës observées en clinique, et que la transformation de la néphrite scléreuse en néphrite suppurée devient facile à comprendre.

En dehors des expériences, les rapports de l'uretère avec les organes génitaux internes de la femme dans son trajet pelvien, peuvent très bien nous expliquer le retentissement que les inflammations unilatérales des annexes et du tissu cellulaire du petit bassin peuvent avoir sur le rein.

Hallé, dans sa thèse, cite de nombreux examens cadavériques qu'il a faits pour préciser la topographie de l'uretère en rapport avec les organes génitaux de la femme.

Dans cette intéressante étude, il divise le trajet pelvien de l'uretère en deux parties : une première descendante, dans laquelle il reste appliqué à la paroi pelvienne latérale, une seconde convergente, plus courte, où il se dirige vers la base de la vessie après avoir quitté la paroi pelvienne latérale.

Dans la première partie, ou pariétale de son trajet, l'uretère a les mêmes rapports dans les deux sexes. Il se dirige obliquement en bas et en avant à partir du point où il croise l'artère iliaque primitive, jusqu'au moment où il change de direction. Ses rapports sont constants avec les vaisseaux hypogastriques qui tapissent la paroi. Si on suit cette paroi d'arrière en avant, on rencontre successivement la veine hypogastrique, l'artère, puis l'uretère. Chez la femme, il faut ajouter seulement à ce trajet comme rapport le paquet des vaisseaux utéro-ovariens, qui suivent d'abord le même trajet obliquement descendant que l'uretère, puis l'abandonnent bientôt pour pénétrer le ligament large à la partie supérieure de son bord externe. Il est fréquent de voir l'ovaire contracter des adhérences inflammatoires anormales avec la paroi pelvienne latérale. Hallé l'a vu plusieurs fois adhérent au péritoine ou au détroit pelvien supérieur, juste au devant de l'uretère, et ce petit fait peut avoir un grand intérêt pathologique.

Au moment où il quitte la paroi pelvienne pour se diriger obliquement en dedans vers la vessie, l'uretère décrit sou-

vent un coude assez marqué pour que la division entre les deux parties de son trajet soit assez nette. Chez la femme surtout, on ne peut mieux exposer ce trajet de l'uretère qu'en le comparant au coude décrit par l'artère utérine, qui plonge d'abord en descendant, puis remonte en se dirigeant vers la ligne médiane; ce coude existe plus ou moins marqué pour l'uretère.

Cette seconde partie du trajet pelvien de l'uretère ne mesure que trois ou quatre centimètres de longueur. Chez la femme, cette partie terminale a des connexions multiples d'un grand intérêt à préciser : celles qu'il affecte dans la base des ligaments larges avec les vaisseaux utérins, puis l'utérus et les culs-de-sac vaginaux.

Déjà sur la paroi pelvienne latérale l'uretère était en contact intime avec l'artère utérine; celle-ci est, à son origine, recouverte par l'uretère ainsi que le cordon de l'artère ombilicale, ainsi que le tronc de l'hypogastrique elle-même. Puis l'artère descend en longeant le bord antérieur de l'uretère, à peu près sur le même plan que ce conduit. Au moment où tous deux quittent le bord externe du ligament large pour pénétrer dans sa base et gagner les organes médians, ils se croisent. L'artère change plus brusquement de direction que l'uretère, qui continue un peu à descendre et se porte en dedans, en haut et en arrière, en devenant flexueuse vers le col utérin. Elle passe donc en avant de l'uretère en le croisant; au moment où elle atteint le bord utérin, elle est située plus haut et sur un plan plus postérieur que l'uretère. Les veines émanées du bord utérin, au contraire, restent toujours postérieures à l'uretère. A son entrée dans la base du ligament large, l'uretère a donc l'artère utérine à son côté antérieur, les veines à son côté postérieur; ses rapports avec ces vaisseaux sont intimes : uretère et vaisseaux sont serrés dans ce tissu fibro-musculaire dense qui forme la base du ligament.

Enfin, avant d'aborder la vessie, l'uretère, chez la femme,

avoisine le col utérin et longe les culs-de-sac vaginaux, puis la paroi vaginale supérieure.

De cet exposé topographique, Hallé conclut qu'un doigt introduit dans le vagin chez la femme peut atteindre, dans une certaine étendue, le trajet de l'uretère.

CHAPITRE III

Faits cliniques démontrant l'existence d'une néphrite unilatérale, consécutive à une affection pelvienne et à l'appendicite.

Certains faits cliniques viennent démontrer l'existence d'une néphrite unilatérale, qu'on pourrait attribuer à une affection des organes du petit bassin, en contact avec les uretères.

Sans trop insister nous pouvons citer le nom de Forestié (1875), qui montra combien souvent, au cours des tumeurs pelviennes, les urines deviennent albumineuses et quel rôle joue la compression dans la production des pyélites et des pyélonéphrites.

Après lui, nombreux furent les travaux qui tour à tour vinrent éclairer cette question : c'est le mémoire de Huë en 1875, celui de Pozzi en 1882, celui de Rochet en 1894, la thèse de Hubert en 1897, et bien d'autres.

Hallé, dans sa remarquable thèse (1887) sur les néphrites et pyélites, faisant valoir l'intimité qui existe entre les organes génitaux et urinaires de la femme, expose la possibilité de l'existence d'une uretéro-pyéélite unilatérale succédant aux inflammations et aux lésions des organes génitaux (métrite, phlegmon péri-utérin, pelvi-péritonite).

En même temps, Guillet relate l'observation d'une malade,

dans la *Gazette Médicale* (octobre 1887). Cette malade est entrée au service pour des troubles de la miction, douleurs lombaires gauches. En pratiquant le toucher vaginal on constate, dans le cul-de-sac postérieur, une sorte de tuméfaction, peu résistante, légèrement douloureuse, indépendante de la matrice et très appréciable au toucher rectal. La pression du rein gauche et du trajet de l'uretère est douloureuse. Rien à noter du côté droit. La malade succomba huit jours après et, à l'autopsie, on trouva dans le petit bassin, comprimant l'uretère, un kyste du volume de deux poings, à grosse extrémité, dirigée en bas, remplissant la concavité du sacrum. Ce kyste était appendu à l'extrémité externe de la trompe gauche et se trouvait situé au-dessus de l'ovaire et du ligament large correspondants qui étaient sains et totalement indépendants de la tumeur. Au-dessus du kyste se trouvait l'ovaire gauche complètement sain. L'uretère était très épaissi, dilaté, ecchymotique; le bassinet dilaté, rougeâtre, et le rein offrait les caractères de l'infiltration purulente. Du côté opposé tout était normal.

Bassan, en 1903, présente une thèse sur les interventions chirurgicales dans les néphrites médicales. Cet auteur consacre un chapitre sur les néphrites unilatérales, et fait remarquer avec Mouisset que « *les affections pelviennes*, très fréquentes chez la femme, expliquent bien la possibilité plus grande chez elles du mal de Bright unilatéral. Aussi M. Mouisset recommande de rechercher, par le toucher vaginal, l'existence possible d'une affection pelvienne d'un seul côté, pouvant donner naissance à la lésion du rein du même côté. »

Legueu, en 1904, fait une communication très intéressante au Congrès de gynécologie de Rouen, sur la pyélonéphrite et puerpéralité. Il dit que la cellulite et la lymphangite pelviennes peuvent donner lieu à la pyélonéphrite ascendante et que cette pyélonéphrite est souvent unilatérale.

Enfin Vénot, en 1907, dans un rapport des plus remarquables, au Congrès d'Alger, sur l'albuminurie et fibromes, pré-

sente 25 cas de compression urétérale dont 9 unilatérales, et ajoute que parfois l'uretère peut être adhérent à un pyosalpinx et par conséquent déterminer une lésion rénale du même côté.

Edebohls, dont les interventions chirurgicales ont pour but d'améliorer ou de guérir le mal de Bright lui-même, donne un chiffre très élevé pour l'unilatéralité de néphrite chronique. Cette unilatéralité a été constatée chez des femmes, qui toutes ou presque toutes, ont eu des antécédents pelviens. Il rencontre 11 cas de néphrite unilatérale dont 8 avec antécédents utéro-annexiels. Sur ces 8 malades 4 ont subi la néphropexie bilatérale, c'est-à-dire que les reins mis à découvert sur la peau ont été vus et palpés.

Comme les affections pelviennes, chez la femme, ont un retentissement sur le rein, chez l'homme et même chez la femme, l'appendicite aussi pourrait causer une lésion rénale par voie ascendante. Edebohls a diagnostiqué chez certaines femmes, atteintes de néphrite unilatérale, l'appendicite et a pratiqué l'appendicectomie par voie lombaire en même temps que la néphropexie.

Nous avons beaucoup recherché des faits analogues pour pouvoir le démontrer, mais nous n'avons pu trouver que deux observations de Riese (de Britz-Berlin) où il s'agit de pyélite consécutive à l'appendicite.

OBSERVATION I. — Jeune homme, dix-sept ans. Au huitième et quatorzième jours d'une appendicite aiguë, on ouvre deux abcès fétides intra-abdominaux. Au trentième jour, la température monte subitement à 40°. La quantité d'urine diminue; à droite apparaît une tumeur rénale, dont, par une ponction, on retire de l'urine claire. Deux jours après, la tumeur cesse d'être appréciable. Cinq mois après, résection de l'appendice. Presque aussitôt après, endopéricardite et réapparition de la tumeur rénale, qui est fort douloureuse. On fait une laparotomie et on trouve l'uretère coudé, entouré de fortes brides : on le libère. Après l'opération, évacuation

abondante de pus et d'urine; disparition progressive et définitive de tous les accidents.

OBSERVATION II. — Jeune fille, quinze ans, entrée à la clinique pour une pyélite, développée après une appendicite à rechutes multiples, dont la première crise remonte à dix ans. Les tractus cicatriciels qu'on trouva en réséquant l'appendice étaient très forts et comprimaient l'uretère contre la paroi pelvienne. Intervention et guérison comme dans le cas précédent.

Riese estime que, dans ses deux observations, il s'agit d'une compression de l'uretère par les brides et les adhérences péri-appendiculaires, avec rétention d'urine et infection ascendante.

Voici le résumé des huit observations que nous relatons à la fin, pour démontrer les diverses inflammations pelviennes qui existaient, soit avant l'évolution de la néphrite unilatérale, soit en même temps.

La malade de l'observation I a eu des désordres pelviens, de la métrite, de l'antéflexion; elle avait subi déjà un curetage et l'amputation du col de la matrice, lorsqu'elle est venue réclamer les soins d'Edebohls, pour une néphrite chronique, elle présentait tous les signes du mal de Bright et des douleurs lombaires. Après l'opération, elle guérit, et neuf ans après, elle se porte très bien.

La malade de l'observation II vint se consulter pour une andométrite et salpingo-ovarite. L'analyse faite releva l'existence de la néphrite chronique. Trois ans après l'opération sur le rein droit, un autre chirurgien lui enleva le rein gauche, et cinq ans après cette néphrectomie, elle mourut à la suite d'une hystérectomie.

Ici (Observation III), le cas est plus intéressant. La malade a eu comme antécédents l'appendicite et l'ovarite. Pour l'existence de la néphrite chronique, Edebohls pratiqua la néphropexie bilatérale. Le rein droit fut trouvé intact et le rein gauche atteint d'une néphrite interstitielle chronique. La douleur lombaire gauche persistant, ne disparut qu'après le détachement des adhérences ovariennes.

Que conclure de cette observation ? Que la néphrite était unilatérale et due à l'existence de l'ovarite du même côté, car après l'opération de celle-ci, toute douleur lombaire disparut.

Dans l'observation IV, la malade se plaint des désordres de menstruation et de pelvi-péritonite, elle avait déjà subi antérieurement plusieurs opérations pour des abcès pelviens. Après avoir subi pendant longtemps un traitement médical pour la néphrite chronique, elle réclama une opération. La décapsulation du rein droit fut faite en même temps qu'un curetage de l'utérus et l'amputation du col.

L'observation V correspond à une malade qui accusait des désordres variés des organes pelviens. Ces douleurs nécessitent une opération, et quatre mois après, elle vient à l'hôpital subir la décapsulation du rein droit pour une néphrite chronique.

C'est encore une néphropexie bilatérale que subit la malade de l'observation VI, en même temps qu'un curetage de l'utérus pour une endométrite antérieure. Les deux reins ont été mis à découvert et seul le gauche fut trouvé malade; le rein droit fut jugé parfaitement normal.

Les deux malades (Observations VII et VIII), viennent pour des désordres pelviens divers et des douleurs lombaires, en même temps que tous les symptômes de la néphrite chroni-

que. Elles subissent toutes les deux la décapsulation et la néphropexie bilatérale. C'est le rein gauche qui fut malade et le rein droit normal pour la première malade qui a été obligée de subir plus tard une seconde opération pour des désordres pelviens ; la seconde malade a eu le rein droit malade et le rein gauche normal.

Toutes ces malades chez lesquelles l'analyse des urines a été faite avant et après l'opération, furent très bien guéries.

En dehors de ces observations, nous trouvons dans la communication de notre maître, le professeur Pousson, sur les néphrites chroniques douloureuses, un cas d'Israël dont la malade ayant présenté des symptômes de métr-oovarite, fut opérée pour une néphrite chronique interstitielle droite ; un cas de Mac Tiffany, dont la malade, à la suite d'un abcès pelvien ouvert par le vagin, fut atteinte de néphrite chronique droite ; et un cas de Bloch, dont la malade eut une néphrite à la suite de rétroflexion utérine.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

(La traduction est due à l'obligeance de notre ami A. Horeau.)

OBSERVATION I

(EDEBOHLS. In *Surgical Treatment of Brights Disease*.
New-York, 1904.)

Néphrite interstitielle chronique droite. Métrite et antéflexion.

M^{lle} A. B..., âgée de dix-huit ans, est venue en juin 1891, se plaignant de douleurs des organes pelviens. Elle souffre de métrite et d'antéflexion; on lui a déjà fait le curetage et l'amputation du col. Les troubles pelviens persistant, la malade fut à nouveau admise à l'hôpital où, sous l'éther, une opération de l'utérus fut accomplie. L'examen des urines montrait une néphrite chronique diffuse, accompagnée de douleurs lombaires à droite. Ces douleurs se développèrent durant la dernière moitié de 1892 et persistèrent jusqu'à la date de l'opération. La malade est pâle. On constate de l'œdème de la face et des extrémités; hypertrophie cardiaque modérée. Urines contenant de l'albumine, des cristaux hyalins avec diminution notable de l'urée. Rein droit mobile

sensible à la pression; rein gauche non palpable. Opération en novembre 1892 : Décapsulation partielle et fixation du rein droit. Pendant l'opération, le rein droit fut trouvé légèrement réduit et dur; sa surface, après la dénudation de la capsule, légèrement granulaire. Le rein gauche ne fut pas opéré, jugé normal. Pendant une période de onze ans, la malade était en observation constante et jouissait d'une parfaite santé. Le rein droit resta bien fixé et l'urine ne contenait ni albumine, ni déchets deux mois après l'opération. En 1901, urines normales, malade en parfaite santé.

OBSERVATION II

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite chronique diffuse droite. Endométrite et salpingo-ovarite.

M^{me} M. M..., âgée de vingt-huit ans, vint me consulter en mai 1893. Elle avait de l'endométrite et salpingo-ovarite en même temps que la néphrite chronique interstitielle droite. Malade maigre, cachectique; rein droit mobile. Opération le 11 mai 1893 : Décapsulation partielle et fixation du rein droit. Pendant l'opération, le rein droit fut trouvé légèrement augmenté de volume; sa surface était nodulée; la capsule irrégulièrement épaissie et très adhérente. Sur la face postérieure du rein, près de son extrémité inférieure, juste au milieu de la région rénale que nous voulions fixer à la région lombaire, nous avons trouvé un kyste de quatre centimètres de diamètre. Le contenu du kyste, sérosité trouble, fut évacué par une incision à travers la substance rénale, la plaie rénale fermée. On a après fixé le rein comme d'habitude. La plaie guérit par réunion immédiate. Tous les symptômes étaient disparus et j'ai appris, par son médecin, qu'un autre chirurgien a enlevé le rein gauche trois ans après. Pendant cinq ans, la malade vécut avec un seul rein, le droit. A la fin, un troisième chirurgien fit une hystérectomie abdominale

qui eut comme suite la mort, huit ans après l'opération sur le rein droit.

OBSERVATION III

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite interstitielle chronique gauche. Appendicite chronique et ovarite.

M^{lle} E. G..., âgée de vingt-cinq ans, me fut adressée en janvier 1896. Elle souffrait de l'appendicite chronique, ovarite et néphrite chronique avec douleurs lombaires. Je pratiquai la néphropexie bilatérale le 11 janvier 1896; le rein gauche était atteint d'une néphrite interstitielle chronique, le rein droit intact. Réunion immédiate des deux plaies. Après l'opération, une douleur persistait dans la région lombaire gauche; elle disparut après l'inversion de l'appendice vermiculaire et le détachement des adhérences ovariennes, ce qui a été exécuté en mai 1898. L'albumine et les cylindres rénaux disparurent complètement de l'urine quatre mois à peu près après la néphropexie. Actuellement, reste bien portante. En 1901, urines normales; malade en parfaite santé.

OBSERVATION IV

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite interstitielle chronique droite. Pelvi-péritonite et désordres de menstruation.

M^{me} M. F..., âgée de quarante-deux ans. Toujours par suite de ses règles, la malade souffrit beaucoup des désordres de menstruation, pelvi-péritonite et ses conséquences. Elle avait déjà subi plusieurs opérations pour des abcès pelviens. Elle vint me trouver parce que, depuis déjà longtemps, elle fit un traitement médical pour la néphrite

chronique, et, ces derniers temps, a souffert de douleurs du rein droit. A l'examen, on constate de la pâleur, œdème de la face et léger œdème des chevilles, symptômes urémiques, cœur légèrement hypertrophié, hypertension artérielle. L'examen des urines releva la présence d'albumine, de nombreux cristaux hyalins, petits et grands, diminution notable de l'urée. Opération le 1^{er} avril 1897, chez la malade. J'ai fait le curetage de l'utérus, l'amputation de son col et la décapsulation partielle et fixation du rein droit. Pendant l'opération, on a constaté que le rein était le siège d'une néphrite interstitielle chronique. Le rein gauche ne fut pas opéré, mais, à en juger par les progrès subséquents au cas, on peut assurer qu'il était normal au moment de l'opération du rein droit. Réunion immédiate, convalescence sans accident et amélioration progressive de la santé générale après l'opération. Des examens chimiques et microscopiques fréquents et soignés de l'urine ont été faits avant et après l'opération par le professeur H.-T. Brooks, lequel, un an après l'opération, a déclaré que la néphrite était guérie. Pendant cette année, elle n'a absolument suivi aucun traitement pour la néphrite; ainsi donc, les bons résultats peuvent très bien être attribués à l'opération elle-même. En 1901, urines sans albumine ni déchets; malade en parfaite santé.

OBSERVATION V

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite chronique interstitielle droite. Désordres variés des organes pelviens. Appendicite.

M^{me} C. G..., âgée de trente ans. Il y a cinq ans, elle se plaignait de désordres variés des organes pelviens; la néphrite chronique se développa. Les symptômes dus aux organes pelviens malades devinrent si graves qu'une opération, pour leur guérison, fut entreprise par un confrère, en décembre 1898; le soulagement des symptômes pelviens suivit. La malade revint à l'hôpital, le 11 avril 1899, et fut traitée pour la néphrite chronique pendant un mois environ, après quoi, elle vint sous mes soins.

A l'examen, le rein droit paraît gros, le rein gauche normal. Appendicite chronique. L'examen des urines releva la présence de l'albumine, des déchets et diminution de l'urée. Opération pratiquée en mai 1899, à l'hôpital. Décapsulation partielle et fixation du rein droit, résection de l'appendice par l'incision lombaire. Pendant l'opération le rein droit fut trouvé grossi de 50 ‰, induré irrégulièrement par une formation nouvelle et massive des tissus conjonctifs, d'une telle manière que, en suturant le rein, les aiguilles craquèrent avec bruit pendant qu'elles pénétraient la substance rénale. Le rein gauche ne fut pas opéré, jugé bien portant. Convalescence sans accident. Cinq semaines après, la malade partait, avec les urines normales et en bon état de santé.

OBSERVATION VI

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite chronique interstitielle gauche. Endométrite.

M^{lle} S. O..., âgée de vingt ans, est venu me consulter en janvier 1898. Elle présentait de l'endométrite et de la néphrite interstitielle, avec douleurs lombaires.

A l'examen, on constate de la pâleur, œdème de la face et des orteils, tension artérielle marquée. L'analyse d'urine releva de l'albumine. L'opération fut pratiquée le 10 janvier 1898. L'utérus fut cureté et les deux reins ont été fixés. Pendant l'opération le rein droit fut trouvé parfaitement normal. Mais le rein gauche était grand, de forme irrégulière, induré par l'augmentation du tissu conjonctif, et avec une capsule très adhérente; bref, il présentait les transformations caractéristiques de la néphrite chronique. Réunion immédiate des deux plaies, convalescence sans accident et disparition rapide de tous les symptômes. Des examens fréquents de l'urine ont été faits par le professeur H.-I. Brooks. En 1901, urines normales. Malade en parfaite santé.

OBSERVATION VII

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite chronique interstitielle gauche. Désordres pelviens divers

M^{me} H. M..., âgée de quarante-cinq ans. Elle vint me trouver le 28 novembre 1898, dans un désastre complet physique et moral. Désordres pelviens depuis longtemps et douleurs lombaires.

A l'examen, on constate de la pâleur, amaigrissement, pas d'œdème; le rein gauche est très sensible au toucher, l'analyse des urines a relevé l'existence de néphrite chronique, albumine, déchets, diminution de l'urée. L'opération fut pratiquée le 6 mars 1899. Décapsulation partielle et fixation des deux reins. Pendant l'opération le rein gauche fut trouvé dur, légèrement grossi, irrégulier, bigarré à la surface après décapsulation. Le rein droit fut trouvé parfaitement normal. Convalescence sans accident. La malade eut besoin d'une seconde opération pour la guérison des désordres pelviens, pour se remettre complètement de son état déprimé. Après, elle fit des progrès constants et sûrs. En 1904, urines normales, santé bonne.

OBSERVATION VIII

(EDEBOHLS. In *loc. cit.*)

Néphrite chronique interstitielle droite. Douleurs pelviennes diverses.

M^{me} L. J..., vingt-six ans, vint réclamer mes soins pour des douleurs pelviennes diverses, grande anémie et douleurs lombaires droites.

L'examen des urines releva la présence d'albumine en grande quantité, des déchets et diminution de l'urée. L'opération fut pratiquée en mai 1899. Décapsulation partielle et fixation des deux reins. Pendant l'opération le rein droit fut trouvé augmenté des trois quarts de son volume, induré et granulé sur la surface après la décapsulation. Le rein gauche fut trouvé normal. La malade guérit et quitta l'hôpital quatre semaines après l'opération.

CHAPITRE V

CRITIQUE GÉNÉRALE

Quelles conclusions tirer de tout cela ? Que la néphrite unilatérale existe, cela ne peut plus faire de doute pour personne. Cliniquement on a pu constater des néphrites unilatérales dans les infections par voie ascendante. Les statistiques de Godhardt et de R. Weir, basées sur des données de l'autopsie, évaluent l'infection unilatérale du rein à 14,5 % et 17 %. Les résultats des expériences faites sur les animaux confirment nettement ces constatations.

Les néphrites chroniques unilatérales existent, elles aussi, et ont pu être constatées sur le vivant par différents chirurgiens dans un assez grand nombre de cas.

Le diagnostic des néphrites unilatérales qu'Edebohls cite dans son travail, est basé sur l'histoire préventive de la maladie, sur l'examen chimique et microscopique des urines et enfin sur la preuve critique d'inspection et de palpation du rein au moment de l'opération. Cette évidence fut augmentée dans deux cas par l'examen microscopique d'un léger morceau de tissu du rein, enlevé à l'opération.

Nous nous rapportons entièrement à la grande compétence que ce chirurgien de New-York a sur la question, mais nous croyons que son diagnostic aurait pu être plus affirmatif et avoir plus de valeur s'il se livrait avant l'opération à l'examen de la perméabilité rénale, en employant les moyens

déjà assez nombreux que nous possédons : épreuve du bleu de méthylène, élimination de l'iodure de potassium, cryoscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères et surtout la séparation des urines et l'examen chimique et microscopique de l'urine de chaque rein. Ces moyens permettent d'arriver à un diagnostic assez précis de l'état du rein.

Ceci étant donné, voyons si une affection pelvienne pourrait occasionner une néphrite unilatérale.

Nous avons parlé des connexions anatomiques de l'uretère de la femme, dans son trajet pelvien; cet uretère est tout disposé par sa situation et ses rapports, pour subir l'action d'une foule d'influences pathogéniques venant de l'utérus et du vagin. Il est en intimité avec le second paquet vasculaire de l'utérus, les veines et lymphatiques utéro-ovariens, voies de pénétration des agents septiques inoculés dans les annexes, qui vont pouvoir lui transmettre leurs inflammations. L'uretère échappe difficilement à tous les dangers qui le menacent dans son court trajet pelvien.

D'autre part, il est démontré par la clinique, qu'un utérus gravide, ainsi qu'une tumeur abdominale ou pelvienne occasionnent une pyélonéphrite unilatérale. Cette pyélonéphrite pourrait encore résulter de la propagation d'un processus inflammatoire engendré par les phlegmons des ligaments larges, les pelvi-péritonites, les salpingo-ovarites, l'hématocèle péri-utérine, l'antéversion.

Pourquoi donc ne pas admettre que ces mêmes affections pourraient occasionner une néphrite chronique unilatérale! Il peut avoir en clinique comme une expérimentation, destruction intense des éléments épithéliaux d'un rein sous l'influence des causes mécaniques ou inflammatoires. La nocuité toute particulière des principes toxiques exigeant leur élimination rapide par le rein, des néphrotoxines pourraient par action élective produire des lésions épithéliales du rein.

Certaines malades qu'Edebohls a opérées pour néphrite chronique unilatérale, avaient en même temps un rein

mobile. Or, nous savons que dans un rein mobile on peut observer des lésions de néphrite chronique; cette nouvelle cause de néphrite paraît bien soutenable pour Edebohls, Albarran et Lepine; ce dernier dit : « Il est incontestable qu'un rein déplacé se trouve prédisposé au développement d'un processus de néphrite ». La mobilité du rein joue donc probablement un certain rôle dans la pathologie de cette maladie. Cela ne nous empêche pas de croire au rôle qu'une affection pelvienne pourrait jouer au développement de la néphrite.

En suivant les observations relatées dans notre travail, nous trouvons que toutes ces néphrites, en dehors des symptômes classiques du mal de Bright, revêtent la forme douloureuse; notre maître le professeur Pousson, fait mention de ce symptôme dans son mémoire (*Province Médicale*, juillet 1906).

Prenant donc en considération l'intimité des rapports qui existent entre les organes génitaux et les organes urinaires de la femme, les différentes expériences qui ont été faites, les faits cliniques et les observations, nous pensons que très souvent une néphrite chronique unilatérale diagnostiquée chez une femme, peut avoir pour cause une ancienne ou une récente inflammation des organes pelviens.

Quant à l'appendicite, nous croyons qu'elle pourrait occasionner la même lésion, mais nous ne faisons que le mentionner.

CONCLUSIONS

1° La néphrite unilatérale existe;

2° Cette néphrite, en dehors des facteurs habituels du mal de Bright, peut avoir pour origine, le plus souvent, des troubles apportés au fonctionnement du rein par une affection des organes du petit bassin en contact avec les uretères;

3° Ces affections peuvent être, en dehors de l'utérus gravide et des tumeurs pelviennes : la pelvi-péritonite, l'hématocèle péri-utérine, les suppurations diverses d'origine pelvienne, la métrite, la rétroversion utérine, la salpingo-ovarite et l'appendicite;

4° En présence d'une néphrite unilatérale démontrée par la palpation bimanuelle des reins, l'examen de la perméabilité rénale, la séparation des urines et leur examen chimique et microscopique, pour affirmer que cette néphrite est causée par une inflammation pelvienne, il faut rechercher :

a) Par l'interrogatoire, l'existence antérieure d'affections pelviennes;

b) Par le toucher vaginal, l'existence d'une inflammation d'un seul côté pouvant donner naissance à la lésion du rein du même côté.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
A. POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 mars 1908.

Le Recteur de l'Académie :
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Thèse de doctorat de Paris, 1889.
— Exploration des fonctions rénales, 1905.
ARTAUD. — *Revue de médecine*, novembre 1883.
BASSAN (J.). — Thèse de Lyon, 1903.
CASTAIGNE et RATHERY. — *Semaine médicale*, 20 août 1902, p. 273.
— *Presse médicale*, 13 août 1902.
— Soc. biologie, 17 mai 1902.
— *Bulletin et Mémoires*, Soc. méd. des Hôpitaux, 26 déc. 1902.
CASTAIGNE (J.). — Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales, Paris, 1906.
CORNIL et BRAULT. — Étude sur la pathologie du rein, 1884.
DIEULEFOY. — Pathologie interne, t. III, 1904.
EDEBOHLS. — *Medical Record*, 21 décembre 1901.
— *Surgical treatment of Brights Disease*, New-York, 1904.
FRAYSSE. — Thèse de doctorat, Bordeaux, 1904.
GILLES. — Thèse de doctorat, Paris, 1886.
HALLÉ. — Thèse de doctorat, Paris, 1887.
ISRAËL. — Chirurgie du rein et de l'uretère, traduction Rodriguez, 1900.
— *Mitt. a. d. Greuzg. d. Med. u. Chir.*, 1899.
LEGUEU. — Congrès de gyn. obst. pæd., Rouen, avril 1904.
MONPROFIT. — Thèse de doctorat, Paris, 1888.
POUSSON. — *Province médicale*, 14 juillet 1906.
— *Bulletin médical*, 10 octobre 1900.
— *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1902.
— Précis des maladies des voies urinaires.
POZZI. — *Annales de gynécologie*, juillet 1884.
ROCHET. — *Archives de tocologie*, février 1894.
VENOT. — Congrès d'Alger, avril 1907.

